

# 農業開発協力と保健医療協力をつなぐ試み

——カンボジア農村の貧困と保健医療費問題——

米 倉 雪 子

## 1. はじめに

本稿は、NGO による国際協力の村レベルの農業開発事業が必ずしも保健医療活動と同時に実施されるわけではない中で、農業開発事業によって貧困削減に効果をあげるには、農業生産量の増加・収入向上支援だけではなく、医療費削減のため保健医療の改善が必要なのではないか、という視点に立ち考察する。

この問いに関して筆者が認識を深めたのは、カンボジア NGO である「カンボジア農業研究開発センター (CEDAC)<sup>1</sup>」が、2005 年 6 月から 2007 年 5 月まで実施した最貧困農家の生計向上を支援する活動<sup>2</sup>が終了してから 2 年たった 2009 年に対象家族が持続的に生計を改善し維持し続けているかどうかを検証した結果<sup>3</sup>に基づく。調査では同活動が対象とした 3 県全県、全対象郡 6 郡の 67% (4 郡)、全対象集合村 18 集合村の 61% (11 集合村)、全対象村 49 村の 41% (20 村) を訪問し、全対象家族 538 家族の 25% (136 家族。訪問した 20 村に 2005 年に住んでいた 202 対象家族の 67%) をインタビューした<sup>4</sup>。この調査結果によると、対象だった最貧困農家の総収入の平均は 2005 年の年 143 米ドル (1 万 2,116 円)<sup>5</sup> が 2009 年には年 571 米ドル (4 万 8,381 円) へと増え、事業終了後も改善が維持されていた。しかし、医療費が家計の重い負担となっていた。医療費が借金をする第一の理由としてもあげられ、貧困削減の足かせとなっていた。2009 年にインタビューした全 136 対象家族の 76% (103 家族) に借金があり、平均 189 米ドル (1 万 6,014 円) を借りていた。借金の理由は、多い順に医療費 (18 家族)、家の建築費 (13 家族)、化学肥料購入 (11 家族)、米購入 (11 家族) であった。同時に家計における支出を多い順にあげると、食料 (全家族が買っており、平均 147 米ドル (1 万 2,455 円))、医療費 (81% の家族が支出しており、平均 97 米ドル (8,219 円))、化学肥料 (86% の家族が支出しており、平均 49 米ドル (4,152 円)) であった。

本稿では、主に以下の点について考察する。第一に、医療費がカンボジア農村の農家の家計の大きな負担となっており、貧困削減には医療費の削減が必要である事。第二に、そのため、貧困削減ないし生計向上をめざす国際協力による農業開発事業を実施するにあたり、同時に保健医療の改善に取り組む事が、より効率的・持続的に効果をあげるために肝要である事。第三に、セクター別に実施される NGO による農業開発事業と保健医療改善事業の現状。第四に、カンボジアで「HIV (ヒト免疫不全ウィルス)/エイズと共に生きる人々 (PLHA) と社会的に周辺化された弱者 (VMP)」を対象に、農業開発と保健医療を含む「全体的・統合的アプローチ」をとる事で実際に成果をあげた事例について考察する。

## 2. カンボジア農村の貧困の現状－農家の家計を圧迫する医療費

カンボジア農村の農家の家計はどのような状況にあるのだろうか。世界銀行によればカンボジアの貧困線は、基本的に必要な栄養を得るために各人が必要な食料（1日2,100キロカロリー）に基づいて計算される。2004年のカンボジアの貧困線は一人当たり1日約1,826リエル（0.428米ドル、36.3円）で、その内、80%を食料に費やし、20%を食料以外の衣服、家など基本的な必需品に費やすと試算される<sup>6</sup>。2008年の国勢調査<sup>7</sup>によればカンボジアの人口は1,339万5,682人、282万8千世帯、その3人に1人、すなわち約446.5万人が貧困線以下とされ、その内の9割が農村に住むという。

こうした状況をふまえ、多くの国際機関や二国間援助機関、カンボジア政府も、「ミレニアム開発目標（MDGs）」の一つである「貧困削減」を開発の上位目標に据え、援助政策の中核に位置づけている。しかし、MDGs目標達成期限の2015年までに項目によっては改善が見られる一方、見られない項目もあり、さらに2009年の世界同時不況によりMDGs達成の遅延や後退も危ぶまれている<sup>8</sup>。2005年UNDPによるカンボジアMDGs進捗報告では2015年までに「目標3: ジェンダー平等の推進と女性の地位向上」「目標4: 乳幼児死亡率の削減」「目標5: 妊産婦の健康の改善」と「目標9: 地雷除去、不発弾処理、および犠牲者支援<sup>9</sup>」の達成が危ぶまれた<sup>10</sup>。

2010年にカンボジア計画省がUNDP技術協力を得て作成したカンボジアMDGs進捗報告では「目標4: 乳幼児死亡率の削減」「目標6: HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止」に関して改善は見られたが、乳幼児死亡率は依然高いので、目標値を改訂しさらに率を下げるべき、とした。「目標2: 普遍的初等教育の達成」「目標3: ジェンダー平等の推進と女性の地位向上」についてはいくつかの指標で遅れが見られ、「目標1: 極度の貧困と飢餓の撲滅」「目標5: 妊産婦の健康の改善」「目標7: 環境の持続可能性の確保」は軌道を大きく外れており強い介入が必要としている<sup>11</sup>。たとえば目標1で貧富の格差を示す指標として、人口の最も貧しい下位5分の1の人々が国内消費全体において占める割合を、1993年の7.4%から2015年までに11%に増やす事をめざしているが、2007年に6.5%と悪化した。5歳未満児の低体重児の割合を2000年の45.2%から2015年に22%に減らす事をめざし、2005年に35.6%と減ったものの、率は高いのでさらに下げる必要がある。目標2では100%の子どもが小学校を卒業する事をめざしており、入学率は2001年の81%から9割前後と増えたが、6年生まで到達する率は2000年54.6%から2007年に54.4%と改善が見られない。目標4の指標の5歳未満児の死亡率（1000人当り）は1998年の124人から2015年に65人に減らす事をめざし、2009年に87.5人と大きく改善されたが、目標とする率自体がまだ高いので、さらに減らす努力が必要である。目標5の妊産婦死亡率（10万件当り）は1997年の437人から2015年に140人に減らす事をめざし、2008年に290人と減ってはいるが、依然として率はまだ高いので、減らす必要がある<sup>12</sup>。

このようにカンボジア全体の貧困状況の改善は混迷しており、貧困削減をめざす国際協力団体が事業報告書、貧困状況を把握するための報告書を出してはいるが、カンボジア農村家計の貧困状況についての学術的研究は少ない。その数少ない学術的な先行研究を行なった矢倉は、大きな医療費負担が農家の貧困化と経済格差拡大の主なきっかけとなっている、と論じた<sup>13</sup>。矢倉が調査した2村では1979年-2002年の間の土地売却の最大の理由が病気で、S村では113件中の43件（38%）、T村では46件中11件（24%）であった。土地売却の第二の理由は、S村では事業失敗・不作の危機対処のため

(15%), T村では事業・出稼ぎ資金捻出のため(15%)で、病気が理由で土地売却をした割合が他の理由に比べ非常に高い事がわかる。

矢倉によれば、それまでの先行研究は農村経済や農村家計経済の現状の把握にとどまり、その背景にある問題や問題の原因と結果の関係を解明していなかった、という。たとえば農家が土地を売却する最大の理由は「医療費捻出」という危機に対処するためであるという調査報告はあるが、なぜ「不作」という危機の対処よりも「医療費捻出」の際に土地を売らねばならない農家が多いのか、因果関係が明らかにされていなかったという。

他の途上国に関する先行研究でも、途上国の農家は、不作の時には追加労働(追加的に働いて収入を得る)で対処する一方で、病気の医療費は資産売却か借金で対処していたという。急な所得減少や支出の必要性という危機に対処する主な方法には、借入、資産売却、追加労働、の3つがあるというが、なぜ農家にとって非常に重要な農地を売るのか。その理由を明らかにするため、矢倉は農村家計の所得向上の制約と家計間格差拡大の原因を探った。その結果、①農業生産拡大を阻む資金と資源の不足、②出稼ぎによる所得向上の可能性が小さく、それが農村家計の所得向上を制約している事が明らかになった。また、資金を工面するのに多少とも時間的余裕がある「不作」という危機とは異なり、病気という危機に際し医療費の工面の緊急性は高いが、借金の借入れ条件(高金利で返済猶予が無いなど)が厳しいため、「不作」に比べ「医療費」の工面のために農地など資産売却をする率が高く、これが家計間の格差拡大の原因である事も明らかになった。

筆者は、カンボジア農村で農業農村開発事業の実施に関与(2001-2008年)し、農業技術指導や相互扶助活動による農村家計改善を支援する一方、農家が農地を手放す問題の調査<sup>14</sup>や効果的な農村家計改善支援策の調査を実施した<sup>15</sup>。その後、貧困農家の家計改善支援策の効果について事後評価した<sup>16</sup>。その中で、貧困農家の家計の危機の主な原因として高額な医療費負担と農業生産の不作が確認され、これらは矢倉の研究結果の指摘とも重なる。

こうした医療費と貧困の相関関係は他の途上国にも見られ、カンボジアに限らない。途上国でエイズ対策など保健分野援助に従事してきた稲岡は、「健康は貧困削減や生活の質向上のための必要条件である」とし、HIV/エイズと貧困の因果関係について考察している。すなわち、各世帯のレベルでは、HIV感染により家計収入が減り、医療費の負担が増え、子どもの健康と教育水準の低下をもたらし、貧困者はより深刻な影響を受け、悪循環に陥る。貧困により性産業に従事し、性暴力や人身売買の危険に曝されるなど、貧困がHIV/エイズ問題を悪化させる、としている<sup>17</sup>。

このようにカンボジアでは、貧困線以下で暮らす人口が多く、諸機関による貧困削減協力も実施されているが、貧困状況の改善は混迷している。農村家計の資金不足が所得向上を制約し、病気が土地売却の最大理由になるなど、医療費負担が家計間の格差拡大の原因となっている。

### 3. 国際協力の貧困削減策として農業開発事業と保健医療の改善に同時に取り組む意義

前節で見たように、医療費がカンボジアの農家の家計に大きな負担であるならば、貧困削減のために健康改善と医療費削減は重要である。貧困削減をめざし国際協力で農業開発事業を実施する場合、医療費削減が重要であり、保健医療改善に同時に取り組む事により、より効率的に効果があがるのではないだろうか。本節では、第二次世界大戦後の日本の農村開発と、途上国への国際的な開発協力の傾向を例に考察する。

まず第二次世界大戦後の日本の農村の生活改善運動の包括的なアプローチから、何か国際協力の農村開発事業に活かせる経験はないだろうか。農業技術普及・農業生産物の増加・収入向上だけでは人々の生活、農村での生活が良くならないという認識が前提にあり、途上国の農業開発支援事業、さらに分野別に実施されがちな国際協力の諸事業に役立つ示唆があるのではないだろうか。日本の農村部では第二次世界大戦後、「農地改革」「農協の創設」「農業普及システムの導入」という3つの政策がとられた。その内、農業普及活動は、「農業技術の普及」だけでなく「生活改善」の普及を伴うものであった。「農業技術」を農業改良普及員が担い、「生活改善」を生活改良普及員が担った<sup>18</sup>。この「生活改善運動」は保健医療の改善のみでなく、幅広い多様な活動を含んでいた。

この生活改善運動が含まれていた多様な活動とは、たとえば「改良かまど」「台所改善」「布団干し」「農繁期用保存食づくり」「農繁期の共同炊事」「家計簿つけ」などである<sup>19</sup>。愛媛県のある集落では、日本一の貧乏村から脱するため、集落生活の総合的改善＝むら改造、として農業振興と文化建設の二面から、①食・栄養、②労働・健康（家族計画、機械化と農休日）、③環境整備（水道、公民館、食品加工実験場）、④農業経営（農業生産振興、農産物販売・拡大）、⑤婦人学級や青年活動など集落活動の活発化、と多岐にわたる改造計画をたて、実践した<sup>20</sup>。たとえば家計簿などは、カンボジアの農家にとっても有意義かもしれない。なぜなら筆者が2009年に最貧困農家を対象としたCEDAC事業の事後評価をした時も、農家が自らの家計の収支を正確には認識していない事、支出の管理も不十分である事も、貧困脱却を阻む要因の一つであると感じたからである。

カンボジアとインドネシアの農村で農業開発・農村開発援助事業に携わった小国<sup>21</sup>も、農村開発を考える上で「多様な人々が生活する自律的なコミュニティとしての農村」と「農業生産地域としての農村」という2つの視点が必要であるとする。そして、保健医療も含む農村コミュニティ全体の生活改善、すなわち前者の視点が優位にたつ事を重視する。前者は当事者が医療・保健・衛生、生活インフラ（電気、水など）、教育、福祉から娯楽までを含めて農村コミュニティ全体の生活改善を含む「農村」開発、後者は生産至上主義的な農業生産増のための「農業」開発をめざす。農業・農村開発援助事業の現状は2つの視点のいずれか、または両方を念頭に進められているのである。

小国<sup>22</sup>はまた、国際的な農業・農村開発援助潮流も、経済開発重視から社会開発重視へと重点が移り、1950-60年代のトリクルダウン、70年代のベーシック・ヒューマン・ニーズ、80年代の参加型開発や環境との共生をうたう持続的開発、90年代の人間開発、90年代後半には持続的生計（Sustainable Livelihood）アプローチへと変遷し、農民の主体的な参加と持続的發展をめざすアプローチが主流となっているとする。日本政府による農業・農村開発援助分野の開発戦略目標も、「持続可能な農業生産」と「安定した食糧供給」だけでなく「活力ある農村の振興」としてマルチセクターアプローチによる社会生活全般の改善と安定を視野に入れるようになったとする。農業生産性を高め、収入向上をねらう農業開発は、農村開発の重要な柱ではあるが、生活の一部にすぎないと認識すべきであると主張する。

このように、日本の農村の発展のために包括的な「生活改善」運動が実施された事、そして国際的な農業・農村開発援助潮流も経済開発重視から社会開発重視へと重点が移ってきた事から考えても途上国への国際協力でも農業開発事業を実施する時に保健医療の改善にも同時に取り組む事が、貧困削減に効率よく効果をあげるために有意義なのではないだろうか。



#### 4. セクター別に実施される NGO による農業開発事業と保健医療改善事業

以上の点をふまえ、本節では、現在カンボジアで実施されている農業開発事業において、同時にどれほど保健医療の改善にも取り組んでいるかについて、NGO、主に国際 NGO を例に考察する。

筆者は 2010 年 8 月にカンボジアを訪問した際に、農業開発と保健医療の両セクターを含む事業について文献調査を行なった。まず、特定非営利活動法人日本国際ボランティアセンターがプノンペンに置く資料情報センター (TRC) にて、文献の有無を調べた。TRC は、カンボジアで活動する開発トレーナーが利用できるようなカンボジア内外で出版される農業・環境・農村開発分野の書籍、あるいはカンボジアで活動する主な開発協力団体の出版物・定期刊行物を 1990 年代半ばから収集し、現在約 6,000 冊を所蔵し貸し出している。農業開発と保健医療の両セクターを含む事業の成果の評価報告書はなかった。TRC に所蔵されていなければ、各団体内に報告書が存在したとしても一般には公開されていない可能性は高い。

次に、カンボジアで活動する国際 NGO が、農業開発事業において、保健医療の改善にも同時にどれほど取り組んでいるか、について調べた。国際 NGO の特徴がカンボジアへの開発協力全体を代表するとみなす事はできないが、国際 NGO はカンボジア内戦後、カンボジア政府が 1980 年代に西側諸国に国交を絶たれて国際機関も活動せず、カンボジア NGO も存在しなかった時代から活動し、開発協力活動を主導してきた。現在、カンボジアに対する全外国援助額の約 20% を国際・カンボジア NGO が実施・管理する事業が占め<sup>23</sup>、その約 8 割は国際 NGO が担っている<sup>24</sup>。さらに、国際 NGO はカンボジア NGO と共に、カンボジアの社会的弱者や環境・社会問題、人々のニーズをふまえ、カンボジアを支援する国際的ドナーとカンボジア政府に対し、開発政策について政策提言を行ない、近年もカンボジア開発協力フォーラム (CDCF) に際し、より良い適切な開発協力策を提起してきている<sup>25</sup>。よって国際 NGO が実施する事業の傾向は、現在も無視できない重要な存在であると考えられる。いずれにしろ、カンボジアでは国際 NGO 以外に、国連諸機関を含む国際機関、各国政府、カンボジア NGO などが開発協力事業を実施しており、それらの団体が実際にどれだけ農業開発と保健医療の両セクターを含む事業を行なっているか、その成果はあがっているのか、を正確に把握するには、各団体の事業を訪問調査する必要があるが、本稿では未調査であり今後の調査課題として残されている。

カンボジアで活動する国際 NGO の事業については、NGO をメンバーとし 1991 年に設立された「カンボジア協力協議会 (CCC)<sup>26</sup>」がカンボジアで活動する国際 NGO/組織の情報を載せたダイレクトリー<sup>27</sup>を作成し出版している。132 団体の情報を載せた 2010 年のダイレクトリーによると、農業開発と保健医療の両セクターにまたがる事業を実施する団体は多くはない。「農業/家畜保健医療」を主な活動分野と登録した 28 団体中、「保健医療/栄養」も主な活動と登録したのは 16 団体である。しかし、「農業/家畜保健医療」事業と「保健医療/栄養」事業を別々に実施する団体もあり、また「保健医療/栄養」を主な活動分野と登録していなくても、同セクターの活動も含めて実施する団体も若干ある。同一事業で両セクターを含む事業を実施しているのは 12 団体である<sup>28</sup>。「保健医療/栄養」を主な活動分野と登録した 52 団体中、「農業/家畜保健医療」も主な活動と登録したのは 16 団体で、同一事業で両セクターを含めて実施しているのは 12 団体である<sup>29</sup>。また「農業」開発よりも包括的に多様な活動を含む「農村」開発事業も必ずしも保健活動を含むわけではない。同ダイレクトリーの分類で、農村開発は、農村と都市の「コミュニティ開発」に含まれ、「コミュニティ開発」

を主な活動分野と登録した 38 団体中、「保健医療/栄養」を主な活動分野として登録している団体は 17 団体で、同一事業で「農業/家畜保健医療」「保健医療」両セクターを含めて実施しているのは 10 団体である<sup>30</sup>。

参考のため、カンボジア NGO に目を転じると<sup>31</sup>、「農業/家畜保健医療」を主な活動分野と登録した 51 団体中、「保健医療/栄養」も主な活動と登録したのは 16 団体で、「保健医療/栄養」を主な活動分野と登録した 55 団体中、「農業/家畜保健医療」も主な活動と登録したのは 15 団体である。保健セクターの中でも、本稿の事例として取り上げる HIV/エイズに取り組む団体に目を転じると、カンボジアで HIV/エイズに取り組む 43 のカンボジア NGO および住民組織と 23 の地域ネットワークをメンバーとする KHANA によれば、66 メンバーの内、「農業」事業も実施しているのは 7 団体にとどまる<sup>32</sup>。

さらに、筆者はカンボジアで農業農村開発に従事する国際 NGO スタッフと保健医療に従事する国際 NGO スタッフ数人に、農業開発と保健医療の両セクターを含む事例の有無を訊いたが、前述の「農業/家畜保健医療」と「保健医療」の両方を主な活動とした団体の内、ヘレンケラー・インターナショナル (HKI) の名前があがった。HKI は 1992 年からカンボジアでビタミン A 欠乏症の実態調査から活動を始め、2000 年にはカンボジアで初めて微量栄養素全国調査を実施し、カンボジア政府や他団体の栄養と食糧安全保障プログラムの改善に貢献した。カンボジア政府に技術協力を行ない、ビタミン A プログラムの国家政策の策定、その後、鉄分やヨードなどその他の栄養政策の開発を支援した。現在、HKI の主な活動は、「栄養」と「目の健康」に関する 2 つのプログラムで、9 事業を実施する。その内、保健と農業の両セクターを含むのは 5 事業で、内 1 事業だけが「HIV/エイズ高危険コミュニティのための家庭菜園食料生産プログラム」、4 事業は「調査」となっている。残る 1 事業は「学校保健」、3 事業は「保健」セクターで、微量栄養素やビタミン A 欠乏に対して栄養補助剤を配給する事業である<sup>33</sup>。TRC でも HKI が実施した栄養改善と農業開発活動の成果・評価報告書を検索したが、農業開発活動を組み込んだ活動報告は出ていたが、農業と保健の両セクターを含む事業についての成果・評価報告書は見当たらなかった。

このように、現在、カンボジアで実施されている NGO による農業開発事業において、保健医療の改善にも同時に取り組んでいるかについては、同一事業で両セクターを含む事業は多くはなく、その成果の評価もまだ十分ではないと思われる。

## 5. 農業開発事業と保健医療改善の全体的・統合的アプローチをとる事例

本節では、実際にカンボジアにて実施される一事業を事例に、農業生産性を高めると同時に農家の家計負担が大きい医療費を減らす事につながる健康改善を試みる事業について、そのアプローチと成果について考察を試みる。ここにとりあげる CEDAC の事業は、同国で農業開発と保健医療の両セクターを含む事業の一例である。また CEDAC は、農業開発を主活動として成長してきた NGO であり、保健医療活動は限られており、本事業でも治療については行政サービスや他団体サービスを仲介/勧告する役割を担うにとどまる。

農業開発事業が必ずしも保健医療活動と同時に実施されるわけではない中、カンボジア全 20 県で活動しカンボジア最大の農業農村開発 NGO に成長した CEDAC のスタッフに両セクターを含む事業の有無を訊いたところ、「HIV/エイズと共に生きる人々（以下、PLHA (People Living with HIV/AIDS)）」

事業が該当すると紹介された。CEDAC の他のいくつかの農業・生計改善事業でも「保健・栄養」改善が含まれている<sup>34</sup>が、中でも PLHA 事業は特に保健医療が重要性を占める事業という事で、勧められたと思われる。この CEDAC の PLHA 事業は、PLHA の健康状態が良くなり、CD4 陽性リンパ球 (CD4)<sup>35</sup> の数値が上がるという具体的な成果が確認できたとして、現在、HIV/エイズ問題に取り組む保健医療支援を行なう他の団体から注目されている。

CEDAC の PLHA 事業はどのようなものなのだろうか。事業が始まるきっかけは、2005 年 3 月にプレイヴェン県バプノン郡スダオ・コング集合村トウング・ネアック村を CEDAC スタッフのハウル・スレン氏が訪れた時に、一人の HIV/エイズ患者の女性に会った事だった。彼女は一人で小さい娘を育てていたが、心身ともに健康を害し、痩せていて、家族からも地域コミュニティからも差別され、孤立し、困窮と失意の内に生きていた。スレン氏は CEDAC 代表のヤン・セン・コマ氏に相談し、バプノン郡の HIV/エイズ患者 7 人を支援する小さいパイロット活動を始めたのである。活動はまず前向きな考え方を促すアプローチをとり、PLHA が同じ境遇の PLHA をお互いに支え合う事によって自信を持てるように働きかけた。この熟慮と内省を促す活動により、PLHA は過去の経験から学んで生き続ける自信を持てるようになり、参加者から非常に高く評価された。参加者は徐々に増え、2005 年末には 25 人となった。2006 年には参加者も 104 人に増え、支援団体も付き、活動が広がっていった<sup>36</sup>。

農村で PLHA が直面する問題は何か、なぜ全体的・統合的アプローチが必要なのか。CEDAC の PLHA 事業に参加した PLHA による実際の「サバイバルストーリー (生存物語)」を聞けば、彼らが絶望の死の淵から生還したプロセスを窺い知る事ができる<sup>37</sup>。2010 年の夏に筆者は同事業の PLHA グループリーダーの一人であるヴットさんに会った。彼の体験は、社会的差別による PLHA の生活破壊→孤独→絶望→困窮化の典型例であり、治療薬も必要だが、それだけでは PLHA の生活は良くならない事を端的に示している。ヴットさんは 2005 年に HIV に感染していると診断され、治療費を工面するために先祖から受け継いだ土地を含め資産を売らざるをえなかった。やせ細り、一時は体重も 25 kg となり、CD4 の数値は 17 まで落ちた。彼はその年に抗レトロウィルス薬 ARV (Anti-Retroviral Virus)<sup>38</sup> を服用するようになるが、村の中でひどく差別され、野菜を育てても売れず、失望して服用を止めようと考えた事もあった。彼と妻は村人にわからないように朝 4 時に起きて暗い内に野菜を売りに行き、その少ない収入で家族のために米と食料を買った。体調が良くなったヴットさんは仕事を探して単身、首都プノンペンに出稼ぎに行き、建設現場で働いたが 2006 年に再び体調を崩し、家に戻った。ヴットさんは、病気の苦しみとの闘いに負け、生きる意欲を失い、農業も ARV 服用も止めてしまおうかと思った。ある団体が村で HIV エイズについて意識を高める会議を開き、村での社会的差別は減ったが、ヴットさんの生活は良くならなかった。2007 年、そんなヴットさんに転機が訪れた。CEDAC の PLHA 事業に参加し始め、生計が改善された。貯金グループを始め、グループリーダーに選ばれた。野菜を作って売り、毎日 3,000-5,000 リエル (約 60-99 円) の収入を得られるようになった。この他、年 2 回、魚を売り 30 万リエル (約 6,000 円)、鶏とアヒルを売って年 75 万リエル (約 1 万 4,889 円)、彼と妻が出稼ぎをして年約 50 万リエル (約 9,926 円) の収入を得られるようになった。ヴットさんは生きる希望を見出しただけでなく、カンボジアの貧困線 (前述の 1 日 36.3 円) を越え最貧困を脱出したのである。

そのように PLHA を死の淵から救った PLHA 事業とはどのような活動を含むのだろうか。事業の

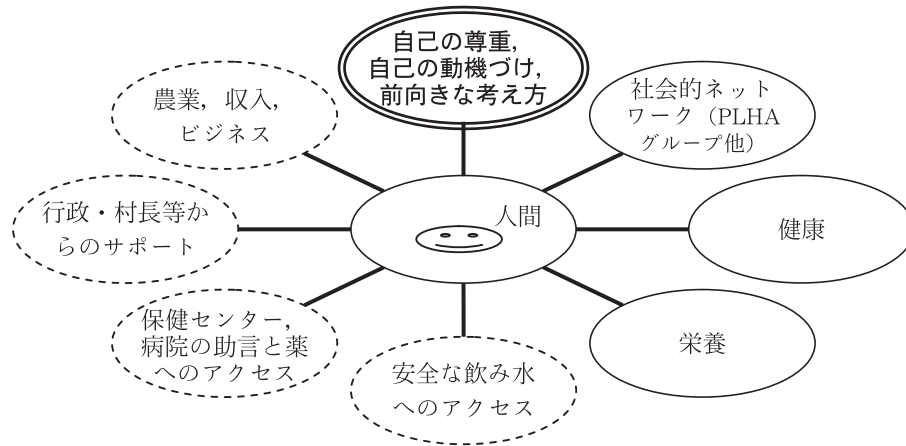


図1 PLHA 事業の全体的・統合的アプローチ

\* スレン氏の図解（実線）に PLHA 事業報告からその他の関連項目（点線）を筆者が加筆

概要を以下に記す<sup>39</sup>。ハウル・スレン氏は、同事業の「全体的アプローチ (holistic approach)」「統合的アプローチ」が重要であると何度も強調した。「全体的アプローチ」とは、医学用語としては、自然治癒力を重視し、単に病気の身体的な症状だけでなく、精神的や社会的要素を含む人間の全体的な全身の治療を指す、とある<sup>40</sup>。本稿では、この PLHA 事業のアプローチを参考に、人間の健康の身体的・精神的・社会的要素だけではなく、飲み水など人々の基本的なニーズや農業・ビジネスによる収入向上など生計に関わる事も含めて配慮するアプローチを、全体的・統合的アプローチと捉える。スレン氏は、活動において重視した点の概要を、以下のように説明した（図1 参照）。

〈エイズ治療薬は、現在最も有効とされている抗レトロウィルス薬 ARV を政府が無料で支給してくれる。商い、農業、など、生計の問題には収入向上が必要である。大切なことは、一面的なアプローチではなく人々の気持ちとニーズの両方を尊重する統合的なアプローチをとることである。〉

〈PLHA は心理的な問題を抱えている。社会的問題としては、友人を失う事がある。精神的に健康になるには前向きな考え方をする必要がある。まず、PLHA の自己の動機づけが全体的アプローチの入口点と言える。どう人生のために闘うか、どう PLHA 自身のやる気を起こさせるか。たとえば病気と意思、どちらがどちらを克服できるか、PLHA に研修をして考えるように促す。もし意思が強ければ病気に打ち勝てるが、意思が弱ければ病気に負ける。そして、自分達が持っているものは何か、から考えてもらう。土地、家、友人、PLHA の事を気にかけてくれる人々、など。そしてもし自分たち自身でやれなければ、誰が代わりにできるのか？と問う。自己を尊重する気持ちも重要である。〉

PLHA 事業は当初 25 家族を対象に始まり、175 家族 309 人の PLHA の参加へと一歩ずつ発展してきた。2005 年 5 月-2006 年 12 月にプレイヴェン県バプノン郡で実施したパイロット事業が成功し、2007 年 5 月-2008 年 6 月に同コンボン・トラベック郡に拡張した。2008 年 9 月-2011 年 8 月に同プレイアッ・スダッチ郡に拡張し、実施している<sup>41</sup>。現在は 3 郡 30 集合村 141 村で、PLHA 300 人と周辺化された弱者 500 人の計約 800 人を対象に年約 8 万米ドルの予算（一人当たり年 100 米ドル=8,473 円、一人当たり月 706 円）で行なわれ、次期はプレイヴェン県の他の郡とスヴァイリエン県で 3,000 人に拡張する計画だという。

プレイヴェン県における「HIV/エイズと共に生きる人々 (PLHA) とその他の社会的に弱い立場の



グループの生計を改善する事業」には、以下のような背景がある。

- ・ PLHA は、苦悩、失望、怖れを抱き、生活苦と社会的差別に直面している
- ・ 食糧の安定的な確保ができず、栄養失調で、収入向上活動は限られている
- ・ PLHA と社会的弱者が、お互いの利益と目まぐるしく変化する条件に対処するための、共に活動する事を可能にする地元組織とネットワークの不足
- ・ 社会的弱者グループを社会に統合する事に関する、地元関係者とコミュニティメンバーの間の意識の低さ

こうした状況をふまえ、同事業の長期目標は、プレイヴェン県における PLHA とその他の社会的に弱い立場のグループの生計を改善する事である。以下は活動目的である。

- ① PLHA 300 人と社会的に周辺化された弱者 (VMP) 500 人が知識を増やし自信をつけるためにエコロジカル農業の革新的技術の適用と採用を通して農業生産を改善し現金収入を増やす
- ② PLHA と VMP が安全な飲み水にアクセスしやすくする
- ③ PLHA が地元の保健センターや病院から医療についてのアドバイスと薬を入手しやすくする
- ④ 協会の創立を仲介し PLHA と VMP を巻き込む地元の発展のための地元ネットワークを強化する事を手助けする

同事業の活動の内、目的②と③に基づく活動が、「保健医療」の基礎的（第一次）保健医療サービスであるプライマリー・ヘルス・ケア (PHC) の基本理念およびアプローチに合致する活動と考えられる。PHC には実施上 4 原則があり、次の 8 項目を具体的活動項目としている。イ）健康教育、ロ）環境衛生：安全な飲料水、トイレ、ハ）地元地域ヘルスワーカーの採用、ニ）母子保健：予防接種、家族計画など、ホ）風土病対策：マラリア、デング熱対策など、ヘ）一般的疾患対策：風邪、下痢症、外傷など、ト）必須医薬品の提供システムの構築、チ）栄養の改善、が含まれる<sup>42</sup>。CEDAC の PLHA 事業では、PHC 8 項目の内、ハ)とニ)以外の活動を含んでいる。

たとえば目的②については、VMP 353 家族が 353 個の機械掘りの井戸を得た。それにより間接的に 1,485 人のメンバーを持つ 371 家族がきれいな飲み水を入手できるようになり、合計 3,258 人のメンバーを持つ 724 家族がきれいな飲み水を入手できるようになった。

目的③については、PLHA 事業の活動地では 2002 年からカンボジア NGO である CHEC（カンボジア HIV/エイズ教育・保護）が活動し、HIV/エイズ患者の「在宅ケア支援」<sup>43</sup>を行っており、CEDAC の PLHA 事業も CHEC と協力している。CHEC の主な活動は、HIV/エイズ予防、意識化、心理面の世話、薬の服用などで、保健医療面からのアプローチをとり、CEDAC の PLHA 事業の全体的・統合的アプローチと補完的である。

①の現金収入を増やすという点に関連し、スレン氏は次のように述べた。「なぜ中流の家族が貧しくなり、貧しい家族が極貧になるのか。多くの農家が借金をし、困窮化→病気の悪循環となっている。借金をしても、どう資金を運用するかを知らない。もし助けたいなら、彼らはビジネス計画を考える必要がある。何よりも自分でできると思うようになる事が大事である。毎日食べる必要があるので、毎日収入があり、なおかつ自宅で収入が得られる雑貨商店など、小規模な起業がよい。」

PLHA 事業は、次のようなアプローチをとり、プロセスをふんだ。

- ① 対象村で同事業を紹介するワークショップを開く
- ② 対象家族のベースラインデータを集める

- ③資産格付け活動を行ない，グループを結成する
- ④村内外の相互訪問を組織する
- ⑤対象グループのために月1回，相談会と研修を組織する
- ⑥グループリーダー研修を組織する
- ⑦フォローアップのため定期的に PLHA を訪問する（グループリーダーが頻繁にメンバーを訪れ，CEDAC スタッフも毎月，訪れる）
- ⑧集合村，郡，県レベルのワークショップを開く
- ⑨グループリーダーが協会を創立し（県，郡，集合村）ネットワークを構築する事を補助する
- ⑩フォローアップとモニター（進捗状況の確認）のための定期訪問をする
- ⑪諮問委員会による審議会を開く

たとえば，PLHA の主体性を尊重するため，スレン氏は事業を始める時のプロセスの概要を次のように説明した。

〈事業の対象家族，たとえば最貧困家族を選ぶには，村の中で資産順位・格付け（wealth ranking）を実施するが，判定基準は自分たちで考えてもらう。参加者は，村人，教師，役人，村長，集合村評議会議員などを含む全関係者で，対象家族の候補が選抜されたら，スタッフが家庭訪問をして確認し，候補家族を招いてワークショップを開き，活動の紹介をする。候補家族には参加するかどうか考えて1週間以内に回答してもらい，関心があって参加を希望する PLHA と契約を結ぶ。〉

現在，同事業の成果の概要は，以下の通りである。

- ・ 27 の PLHA グループと 3 連合の設立
- ・ 47 人の PLHA（内，24 人が女性）アニメーター（鼓舞者，活気づける人）が活動
- ・ 309 人の PLHA（内，20 人が女性，51 人が子ども）。貯金は総額 1 億リエル（2,343 万米ドル=198 万 5,239 円。PLHA 一人当たり 75.83 米ドル=6,425 円）。
- ・ VMP のグループ貯金の総額は，923 万 2,500 リエル（2,163 米ドル=18 万 3,287 円）となった。
- ・ 家庭菜園と野菜栽培，エコロジカル農業の革新的技術を適用・採用して自然養鶏・養魚も実施された。

PLHA 事業により，PLHA の生計は改善されたのであろうか。同事業に参加した対象家族が得た収入を次の表に示す。借金をして治療費・生活費を工面していた状態から比べると，309 人の収入合計 1,405 万 4,678 円，一人当たり 4 万 5,484 円へと生計は大きく改善された。

項目	家族数	産品	収入合計		
			リエル	米ドル	円
1	209	米粳	129,882,200	30,432	2,578,472
2	244	鶏	59,526,000	13,947	1,181,733
3	178	アヒル	9,952,500	2,332	197,581
4	206	豚	120,769,400	28,296	2,397,561
5	88	魚	10,735,000	2,515	213,115
6	205	野菜	24,775,300	5,805	491,849
7	111	果樹	4,875,000	1,142	96,780
8	77	牛	58,184,000	13,633	1,155,091
I	農業収入合計		418,699,400	98,102	8,312,184
II	非農業収入合計		289,259,600	67,774	5,742,494
	収入総計		707,959,000	165,876	14,054,678

PLHA 事業に参加した対象家族の収入は増えたが、経費はどれほどかかったのであろうか。対象家族が支出した経費を次の表に示す。同事業による収入総計 1,405 万 4,678 円から経費総計 611 万 8,445 円を差し引いても 793 万 6,233 円の収益があがっている。また CEDAC が PLHA 事業を実施するために必要であった事業予算、年 8 万米ドル (677 万 8,400 円) を越える収益を参加した PLHA は生み出した事になる。

項目	家族数	投資の種類	投資のための資本合計		
			リエル	米ドル	円
1	170	稲の種粳	20,500,600	4,803	406,986
2	207	養鶏のヒナ	10,630,000	2,491	211,031
3	132	アヒルのヒナ	3,909,000	916	77,603
4	202	養豚の子豚	36,215,000	8,485	718,954
5	82	養殖用稚魚	2,995,800	702	59,474
6	224	野菜の種	2,211,400	518	43,902
7	126	果樹	1,824,100	427	36,213
8	62	子牛	22,185,000	5,198	440,425
I	農業経費の合計		100,470,900	23,541	1,994,587
II	非農業経費の合計		207,726,000	48,671	4,123,858
	経費総計		308,196,900	72,211	6,118,445

PLHA 事業による HIV/エイズへのインパクトとしては、次表のように、CD 4 陽性リンパ球 (CD4) の数値と体重の増加が見られた。平均して PLHA の CD 4 が 123 増え、体重も 4 kg 増えた。これは治療だけではない全体的・統合的アプローチをとった結果である、とスレン氏は分析する。

	年令	CD 4		体重 (kg)	
		活動前	現在	活動前	現在
最小	3	4	27	8	9
最大	63	1,118	1,259	69	70
平均	32.52	291.97	415.46	40.76	44.63

PLHA 事業から学んだ教訓としてスレン氏は次の点をあげた。

- ・人々が開発にオーナーシップを持つように、最初から明快に説明して事業を開始する。(すなわち地元の人々がいかに実践し、彼らが何に貢献できるか。彼らが発展するよう本事業は何を支援できるか。より自信が持てるよう本事業と地元の人々がお互いに理解し信頼し合うよう合意を得ておく)。
- ・食料、収入向上、保健医療、精神的支援、地元の発展のための地元ネットワークなど、自立的発展につながる全体的・統合的アプローチを用いる。
- ・励まし、相互理解、建設的な批判、諮問委員会など、地元関係者の参加はコミュニティ自らの動機付けとなる。
- ・コミュニティの参加を得た進捗状況の確認(現在進行形のモニター)と評価を行なう事により、コミュニティと事業に、そのインパクト、生計の変化、態度の変化、ネットワークの発展などを理解させる。
- ・広い構想・考え方をもちながらも、小さい活動から始める。

以上のように同事業では PLHA が、啓発・意識化によって再び生きる希望を見出し、農業技術指導によって対象家族が農業生産を改善し収入も向上し、同時に PLHA の健康も改善して、生活が改善された。その全体的・統合的アプローチは、精神的なケア、社会的なネットワーク(PLHA 相互扶助、PLHA と地元関係者との関係改善)構築も含み、農業生産の改善により安定した食糧確保を可能にし、栄養改善と健康回復につながった。農業生産改善支援のみ、あるいは HIV/エイズ治療支援のみ、という一面的なアプローチでは達成できなかったであろう。

## 6. 結 論

このように CEDAC の PLHA 事業は「全体的・統合的アプローチ」をとり、PLHA と社会的弱者の意識化・動機づけを重視し、農産物生産・栄養・健康・生計に改善が見られた。また対象者一人当たり年 100 米ドル(8,473 円)(一人当り月 706 円)の低予算で実現しており、効率性も良いと言えよう。農業開発事業が必ずしも保健医療に同時に取り組まない中で、国際協力事業による農業開発事業で貧困削減に効果をあげるには医療費削減のため保健医療の改善に同時に取り組む事が重要であるという点で、示唆に富む事例である。今後も同事業の効果について進捗状況を継続的に確認し、そこから得られる示唆を、他の農業開発と保健医療の両セクターに関わる事業に生かしていく事が肝要であろう。

## 注

- 1 Cambodian Center for Study and Development in Agriculture/Centre d'Etude et de Développement Agricole Cambodgien (CEDAC) は 1997 年 7 月に 7 人のカンボジア人によって持続的農業と農村開発の



- ために設立され、農業研究・研修・普及を行なう。2011年1月付でCEDACの職員数は236人（内72人が女性）で、20県3,617村で12万4,000人の農家に直接支援をしている。CEDACの研修を受けて村に農民協会が設立され、2009年8月付で1,134村にて農民協会が活動している。CEDACはカンボジア最大の農業農村開発NGOと言われる。CEDAC（2011）参照。
- 2 この事業の資金提供者の希望により事業名は匿名とする。CEDAC（2005a, 2005b, 2006, 2007）参照。
  - 3 米倉（2010）参照。
  - 4 フィールド調査は2009年9月3-9日にタケオ県とコンボンスプー県、2009年9月10-12日にプレイヴェン県で行なった。
  - 5 本稿では2010年8月27日付The Cambodia Daily紙掲載の換算レート4,268リエル=1米ドル=84.73円にて計算する。
  - 6 世界銀行（2010）参照。
  - 7 NIS（2009）参照。
  - 8 MDGsは2000年に国連会合に参加して国連ミレニアム宣言を採択した189の加盟国代表が、2015年までに達成する事をめざしており、国連はMDGsの進捗状況をモニターし報告を公表している。ミレニアム開発目標指標に関する国連のサイト（UN, 2011a）、大林・石田（2009, p. 42）参照。
  - 9 世界的・普遍的なMDGsに、カンボジア政府は自国の事情により適合するよう、2003年に「目標9: 地雷除去、不発弾処理、および犠牲者支援」をカンボジアMDGsに加えた。UN（2011b）、UNDP Cambodia（2011）参照。
  - 10 日本外務省（2011）参照。
  - 11 UNDP Cambodia（2011）参照。
  - 12 日本外務省（2011）、UN（2011b）参照。
  - 13 矢倉（2008）参照。
  - 14 Pel, et al.（2005）参照。
  - 15 米倉（2006）参照。
  - 16 米倉（2010）参照。
  - 17 稲岡（2007）参照。
  - 18 佐藤（2001）参照。
  - 19 佐藤（2001）参照。
  - 20 水野（2005）参照。
  - 21 小國（2005）参照。
  - 22 小國（2007）参照。
  - 23 RGC（2010）、CCC（2010b）参照。
  - 24 MEDICAM, et al.（2002）参照。
  - 25 The NGO Forum on Cambodia（2010）参照。
  - 26 2008/2009年のCCCメンバーは114団体（CCC, 2011）。
  - 27 CCC（2010a）参照。
  - 28 12団体は、Action Aid International Cambodia (AAIC), Adventist Development and Relief Agency Cambodia (ADRA), Australian People for Health, Education and Development Abroad (APHEDA), Cambodian Acid Survivors Charity (CASC), Caritas Cambodia (CARITAS), Christian Reformed World Relief Committee-Cambodia (CRWRC-Cambodia), Church World Service (CWS), Dan Church Aid (DCA), Economic and Social Relaunch of Northwest Provinces in Cambodia (ECOSORN), Helen Keller International (HKI), Help Age International (HAI), Lutheran World Federation (LWF) である。
  - 29 この内、農業を主な活動と申告していないため前出の12団体に含まれていないのは、Foundation for International Development/Relief (FIDR) と World Vision Cambodia (WVC) である。前出の12団

- 体中、保健を主な活動と申告しておらず、ここに含まれないのは DCA と ECOSORN である。
- 30 農業も保健も主な活動と申告していないため、ここだけに含まれているのは、Japan International Volunteer Center (JVC) と Mennonite Central Committee (MCC) である。
- 31 CCC (2007) 参照。
- 32 7 団体は、Association of Farmer Development (AFD), Aphivat Strey Organization (AS), Buddhism For Development (BFD), Cambodian Development and Relief Center for the Poor (CDRCP), Community Poverty Reduction (CPR), Nak Akphivath Sahakum (NAS), Women Service Organization (WOSO) である。この他、食料支援を含む団体が 13、栄養を含む団体は 1 あるが、農業生産ではない。KHANA は 1996 年に国際 HIV/エイズ同盟の事業として始まり、1997 年から NGO として運営された。カンボジア全 24 県・自治都市で活動し、同分野に取り組む最も尊重され認知されている組織の一つであり、国際 HIV/エイズ同盟とのつなぎ役を担う。KHANA (2011) 参照。
- 33 CCC (2010a) 参照。
- 34 CCC (2007) 参照。
- 35 CD4 は、白血球の一種で細菌やウィルスを攻撃する司令官として免疫全体を調整し、健康な時の数値は血中 1  $\mu$ l 中 700-1,500 であり、数値が大きいほどよい。HIV は CD4 に感染してその細胞内で増殖して破壊し、免疫機能を弱める。CD4 値が 200 を下回るといろいろな日和見感染症を発症する可能性がでてくるため、200 以下になると症状が出なくても多剤併用療法の開始を勧められる (国立国際医療センター, 2011 参照)。
- 36 Hour and Thorng (2008) 参照。
- 37 CEDAC (2010) 参照。
- 38 抗レトロウィルス薬 ARV (Anti-Retroviral Virus) は HIV を含むレトロウィルスの増殖を抑え減らす事で免疫機能の破壊を抑え回復させる機能を持ち、発症を遅らせ、症状を緩和し、延命が可能である (稲岡, 2007)。
- 39 2010 年 8 月 26 日プノンペンにてホウル・スレン氏と面談して聞き取り調査を行ない、翌 27 日にプノンペンの CORD 事務所にて同氏が PLHA 事業の成果を他の保健医療支援団体と共有するためにワークショップのセミナーで話した内容に基づく。Hour (2010) 参照。
- 40 Oxford University Press, Inc. (2005a, 2005b) 参照。
- 41 当初、かすみ草財団からの支援を受け、第二期からドイツの EED (Church Development Service) の支援も入り、第三期も両団体からの支援で実施されている。
- 42 松山 (2007) 参照。
- 43 CCC (2007) 参照。

## 参考文献

〈英語文献〉 (アルファベット順)

Cooperation Committee for Cambodia (CCC), "Directory of Cambodian Non-Government Organizations (CNGOs) 2006-2007", Phnom Penh, April 2007.

\_\_\_\_\_, "Directory of International Non-Governmental Organizations in Cambodia 2009-2010", Phnom Penh, March 2010a.

\_\_\_\_\_, "NGO Contributions to Cambodia's Development 2004-2009", Phnom Penh, July 2010b.

\_\_\_\_\_, (オンライン) 入手先 <<http://www.ccc-cambodia.org/>>, 4 March 2011.

CEDAC, "Anonymous Project Phase 1: Baseline Data of All Target Families in Takeo, Kampong Speu, Prey Veng", Phnom Penh, 2005a.

\_\_\_\_\_, "Anonymous Project: Ensuring Access to Primary Education for Children of Poorest Families (May 2005 to April 2007) Project Plan", Phnom Penh, March 2005b

\_\_\_\_\_, "Anonymous Project Phase 1: Ensuring Access to Primary Education for Children of the Poorest Families: The First Annual Progress Report (From May 2005 to April 2006)", Phnom

- Penh, April 2006.
- \_\_\_\_\_, “Anonymous Project Phase 1: Ensuring Access to Primary Education for Children of the Poorest Families: The Final Annual Progress Report (From May 2006 to April 2007)”, Phnom Penh, April 2007.
- \_\_\_\_\_, “CEDAC’s People Living with HIV/AIDS Project: Stories of Survival”, Phnom Penh, 2010.
- \_\_\_\_\_, (オンライン) 入手先 <<http://www.cedac.org.kh>>, 25 February 2011.
- Hour, S. “Improving the Livelihood of People Living with HIV/AIDS and Other Socially Vulnerable Group in Prey Veng Province”, Presentation at Community Practice Event at CORD Office, Phnom Penh, 26-27 August 2010.
- Hour, S., and Thorng, K., “CEDAC’s Work with PLHAs”, CEDAC Field Note, Phnom Penh, 15 May 2008.
- KHANA, “Our Implementing Partners”, (オンライン) 入手先 <[http://www.khana.org.kh/implementing\\_partner.aspx](http://www.khana.org.kh/implementing_partner.aspx)>, 5 March 2011.
- MEDICAM, The NGO Forum on Cambodia, and Cooperation Committee for Cambodia (CCC), “NGO Statement to the 2002 Consultative Group Meeting on Cambodia”, Phnom Penh, 19-21 June 2002.
- National Institute of Statistics (NIS), “General Population Census of Cambodia 2008: National Report on Final Census Results”, Ministry of Planning, Phnom Penh, 2009.
- The NGO Forum on Cambodia, “NGO Position Papers on Cambodia’s Development in 2009-2010 to the 3<sup>rd</sup> Cambodia Development Cooperation Forum: Monitoring the Implementation of the National Strategic Development Plan and the 2008 CDCF Joint Monitoring Indicators”, Phnom Penh, May 2010.
- Oxford University Press, Inc., “New Oxford American Dictionary”, Second Edition, 2005a.
- \_\_\_\_\_, “Oxford Advanced Learner’s Dictionary”, Seventh Edition, 2005b.
- Pel, S., Yonekura, Y., and So, S., “Land Issue Study in Cambodia: Landlessness, Land Dispute & Project Affected People”, 2005 年 3 月 (トヨタ財団 2002 年助成)。
- Royal Government of Cambodia (RGC), “The Cambodia Aid Effectiveness Report 2010” prepared for the Third Cambodia Development Cooperation Forum (CDCF) 2-3 June 2010, Phnom Penh, May 2010.
- United Nations (UN), “Millennium Development Goals Indicators: The Official United Nations Site for the MDG Indicators”, (オンライン) 入手先 <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg>>, 18 February 2011a.
- \_\_\_\_\_, “Millennium Development Goals Indicators: The Official United Nations Site for the MDG Indicators: Data Availability by Country: Cambodia: Series Data”, (オンライン) 入手先 <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx?cr=116>>, 26 February 2011b.
- United Nations Development Program (UNDP) Cambodia, “What are the Cambodia Millennium Development Goals?”, (オンライン) 入手先 <<http://www.un.org.kh/undp/mdgs/Cambodian-mdgs>>, 26 February 2011.
- World Bank, “Frequently Asked Questions about Poverty in Cambodia”, (オンライン) 入手先 <<http://web.worldbank.org>>, 14 February 2010.

〈日本語文献〉(五十音順)

- 稲岡恵美「健康への働きかけ—家族計画・HIV/エイズ・感染症—」, 佐藤寛+アジア経済研究所開発スクール編『テキスト社会開発: 貧困削減への新たな道筋』日本評論社, 2007 年。
- 大林稔・石田洋子編『アフリカにおける貧困者と援助—アフリカ政策市民白書 2008』晃洋書房, 2009 年。
- 小國和子「農村生活と開発: 安定を求め変化に生きる東南アジアの農村から」, 佐藤寛, 青山温子編著『シリーズ国際開発第 3 巻 生活と開発』日本評論社, 2005 年。

\_\_\_\_\_,「農村生活への働きかけ」, 佐藤寛+アジア経済研究所開発スクール編『テキスト社会開発: 貧困削減への新たな道筋』日本評論社, 2007 年。

国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター『患者ノート』(オンライン) 入手先  
〈[http://www.acc.go.jp/client/2007\\_dokuhon/note\\_menu/htm](http://www.acc.go.jp/client/2007_dokuhon/note_menu/htm)〉, 2011 年 2 月 24 日。

佐藤寛「戦後日本の生活改善運動」『開発学を学ぶ人のために』世界思想社, 2001 年。

日本外務省「別添資料 1 カンボジアミレニアム開発目標」『カンボジア国別評価報告書 (2005 年度 (平成 17 年度))』, (オンライン) 入手先 〈<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hyouka/kunibetu/>〉, 2011 年 4 月 15 日。

松山章子「健康への働きかけー母と子の健康ー」, 佐藤寛+アジア経済研究所開発スクール編『テキスト社会開発: 貧困削減への新たな道筋』日本評論社, 2007 年。

水野正巳『『生活改善』と開発: 戦後日本の経験から』, 佐藤寛, 青山温子編著『シリーズ国際開発第 3 巻 生活と開発』日本評論社, 2005 年。

矢倉研二郎『カンボジア農村の貧困と格差拡大』昭和堂, 2008 年。

米倉雪子「国連食糧農業機関 (FAO) 事業」『「人間の安全保障基金」プロジェクトに係る評価制度の構築』(財) 日本国際問題研究所, 2006 年。

\_\_\_\_\_,「貧困削減支援ーカンボジア NGO を事例としたー考察」『学苑』835 号, 昭和女子大学, 2010 年 5 月。

\* 本稿の見解は著者個人の見解であり, 組織の見解を反映したものではなく, 本稿の誤解や誤謬の責任は著者が負うものである。

(よねくら ゆきこ 国際学科)